



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Diagnóstico da Situação no Abrigo

Município: _____

Evento: () Enchente () Enxurrada () Deslizamento () Outros _____

Data de início do evento: ____ / ____ / ____

Dados Gerais	Nome do abrigo: _____	Número do abrigo: _____
	Endereço: _____	Telefone: _____
	Abrigo estruturado em: () Ginásio poliesportivo () Escola () Igreja () Outro. Qual? _____	
	Existe pessoa responsável pelo abrigo: () Sim () Não Nome / Telefone: _____	
	Capacidade máxima estimada: _____ pessoas	
Coordenadas geográficas: Latitude _____ Longitude _____		

Demografia	Nº de pessoas no abrigo: _____																												
	Distribuição da população por faixa etária																												
	< 1 ano		1 a 4		5 a 14		15 a 29		30 a 59		> 60		Total																
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F															
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													

Abastecimento de água	Existe água para consumo humano? () Sim () Não
	Procedência da água: () Estação de tratamento () Fonte alternativa, qual? _____
	Forma de Abastecimento: () Carro-pipa () Água envasada (mineral)
	Armazenamento da água: () Caixa d'água vedada () Caixa d'água (sem vedação) () Balde () Potes/tambores () Outros, quais? _____

Condições de saneamento/higiene	Nº de banheiros (vaso sanitário): _____ () Próprios do abrigo () Químico () Inexistente
	Nº de Chuveiros _____
	Nº de pias _____
	Destino de fezes e urina: () Sistema de esgoto (rede geral) () Fossa () Céu aberto
	Qual o acondicionamento do lixo? () Recipientes para lixo () Céu aberto
	Existe coleta desse lixo? () Sim () Não Se não, qual o destino? _____
	O abrigo possui ventilação adequada? () Sim () Não Justifique: _____
	Existe a necessidade de higiene pessoal no abrigo? () Sim () Não
Qual? () Papel higiênico () Sabonete () Absorvente () Fralda Infantil () Fralda Adulto () Pasta de dente () Escova de dente () Toalha () Copos () Outros, quais? _____	

Controle de vetores, reservatórios e animais peçonhentos	Foi detectada a presença de vetores, reservatórios e animais peçonhentos? () Sim () Não
	Quais? () insetos () cobras () escorpiões () aranhas () roedores () outros
	Presença de animais domésticos/estimação?
	Quais e/ou quantos? () Cães () Gatos () Galinhas () Pássaros () outros

Alimentos	Preparo do alimento: () no abrigo () fornecimento externo, origem? _____
	No caso do preparo no abrigo, tipo de cozinha: () Comunitária/Coletiva () Familiar/Box
	Condições sanitárias do local de preparo: () Satisfatória () Insatisfatória, descreva: _____
	Tem alimentos suficientes? () Sim () Não
	Os alimentos estão armazenados adequadamente? () Sim () Não Se caso não,descreva: _____
	(Observar embalagens íntegras e existência de geladeira)

Ações de Saúde	Possui assistência médica no abrigo? () Sim () Não
	O abrigo já recebeu visita do profissional de saúde? () Sim () Não Se sim, quando ____/____/____
	Existem necessidades de assistência de saúde? () Sim () Não Se sim, quais: _____
	Está sendo feita busca ativa de agravos em saúde no abrigo? () Sim () Não

Situação de Saúde dos abrigados	<table border="1"> <tr> <th>Nº. Feridos</th> <th>Nº. de Deficientes Físicos</th> <th>Nº. de Doentes Crônicos</th> <th>Nº. de abrigados apresentando sintomas inespecíficos</th> </tr> <tr> <td> () Traumatismo () Laceração (cortes) () Fraturas () Mordeduras animais () Arranhaduras animais </td> <td> () Visual () Auditiva () Locomoção () Outros _____ </td> <td> () Alcoolismo () Cardiopatia () Respiratórios () Diabetes () Hipertensão () Renal () Hepático () Hanseníase () Tuberculose () HIV/AIDS () Deficiente Mental </td> <td> () Febre () Tosse () Dor () Vômito () Diarreia () Doenças de pele () Escabiose () Piolhos () Hemorragia () Outros </td> </tr> <tr> <td>Nº. de gestantes ()</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nº. Feridos	Nº. de Deficientes Físicos	Nº. de Doentes Crônicos	Nº. de abrigados apresentando sintomas inespecíficos	() Traumatismo () Laceração (cortes) () Fraturas () Mordeduras animais () Arranhaduras animais	() Visual () Auditiva () Locomoção () Outros _____	() Alcoolismo () Cardiopatia () Respiratórios () Diabetes () Hipertensão () Renal () Hepático () Hanseníase () Tuberculose () HIV/AIDS () Deficiente Mental	() Febre () Tosse () Dor () Vômito () Diarreia () Doenças de pele () Escabiose () Piolhos () Hemorragia () Outros	Nº. de gestantes ()			
	Nº. Feridos	Nº. de Deficientes Físicos	Nº. de Doentes Crônicos	Nº. de abrigados apresentando sintomas inespecíficos									
	() Traumatismo () Laceração (cortes) () Fraturas () Mordeduras animais () Arranhaduras animais	() Visual () Auditiva () Locomoção () Outros _____	() Alcoolismo () Cardiopatia () Respiratórios () Diabetes () Hipertensão () Renal () Hepático () Hanseníase () Tuberculose () HIV/AIDS () Deficiente Mental	() Febre () Tosse () Dor () Vômito () Diarreia () Doenças de pele () Escabiose () Piolhos () Hemorragia () Outros									
Nº. de gestantes ()													
Outros problemas de saúde: _____													

Segurança do abrigo	Há agente(s) de segurança pública no abrigo? () Sim () Não Quantos? _____
	Qual? () Polícia militar () Polícia civil () Guarda Municipal () Forças Armadas

Necessidades gerais identificadas	

Data do diagnóstico: ____ / ____ / ____

Responsável pelo diagnóstico: _____ Telefone: _____